

BELLVILLE MEDICAL CENTER POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS

POLÍTICA: La Atención Benéfica y Asistencia Financiera
DEPT: Servicios Financieros Para Pacientes

EFFECTIVO: May 7, 2019
CORREGIDO: May 13, 2020
REVISADO: Craig Morley
APROBADO: _____

AMBITO:

El alcance de esta política abarca los servicios hospitalarios.

Los cambios reflejados en esta Beneficencia y Asistencia Financiera de la política son una formalización de los procedimientos que se han seguido para calificar a un paciente para asistencia de beneficencia o financiera.

OBJETIVO:

El hospital brinda servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia. El hospital puede brindar atención benéfica a personas que son residentes del Distrito del Hospital de Bellville que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro médico, insuficiente, no elegible para programas gubernamentales o de otra manera incapaz de pagar la atención médicamente necesaria en función de su situación financiera individual. El hospital se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención.

DEFINICIONES:

A los fines de esta política, los siguientes términos se definen como sigue:

LA ATENCIÓN BENÉFICA: Atención con descuento brindada a pacientes sin seguro para el servicio médicamente necesario, no elegible para el gobierno u otro beneficio de atención de caridad, e incapaz de pagar. El hospital mantiene dos tipos de atención de caridad a los fines de esta política, indigente financieramente y médicamente indigente.

Financieramente Indigente: El paciente no tiene seguro y su ingreso familiar anual es menor o igual al 300% por ciento de las pautas Federales de Pobreza (FPG) basado en el número de personas en su hogar.

Médicamente Indigente: Las facturas médicas u hospitalarias del paciente del hospital y los proveedores relacionados, después del pago por parte de terceros, exceden el 5% por ciento de su ingreso familiar anual, cuyo ingreso familiar anual es mayor que 300% pero menos del 500% por ciento de las pautas Federal de Pobreza (FPG), y el paciente no puede pagar el saldo

pendiente de la cuenta del paciente.

No Asegurado: El paciente no tiene un nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago.

Cobertura Insuficiente: El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de terceros pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

POLÍTICA:

Descripción General

Esta política escrita:

- Incluye criterios de elegibilidad para asistencia financiera – cuidado total o parcialmente con descuento
- Describe la base para calcular el monto cobrado a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta política
- Describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- Describe cómo el hospital puede publicitar la política dentro de la comunidad atendida por el hospital
- Limita la cantidad que el hospital cobrará por emergencias u otra atención médicamente necesaria proporcionado a individuos elegibles para asistencia financiera por el monto generalmente facturado a la comunidad o pacientes asegurados de la comunidad o medicare.

La atención benéfica no se considera una sustitución de responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del hospital para obtener obras de caridad u otras formas de pago o asistencia financiera, y contribuir al costo de su atención en función de su capacidad individual para pagar. Se alentará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro de salud, como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica para su salud personal general y para la protección y el bien de los individuales.

Para administrar sus recursos de manera responsable y permitir que el hospital brinde el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, el hospital ha establecido las siguientes pautas para la provisión de la atención benéfica para los pacientes.

Criterios de Elegibilidad y Cantidades Cobradas a los Pacientes

La elegibilidad para la atención benéfica se considerará para aquellas personas que no tienen seguro médico, con seguro médico insuficiente, no elegible para ningún programa de beneficios de salud del gobierno, y que no pueden pagar por su atención, según una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. La concesión benéfica puede basarse en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, género, raza, estatus social o orientación inmigrante, sexual o afiliación religiosa.

Los servicios elegibles bajo esta política pueden estar disponibles para el paciente en una escala de tarifas móvil, de acuerdo con la necesidad financiera según lo determinado en referencia a las puestas Federales de Pobreza, vigente en el momento de la determinación. Una vez que el hospital ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, ese paciente no recibirá facturas basadas en cargos brutos no descontados. La base para los montos que el hospital cobrará a los pacientes que califican para asistencia financiera es la siguiente, pero no se limita a:

1. Pacientes que no tienen seguro y cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores del 300% de los FPG son elegibles para recibir atención a una tarifa con descuento total.
2. Pacientes sin seguro médico o con seguro médico insuficiente y cuyos ingresos familiares son superiores del 300% pero no más del 500% del FPG son elegibles para recibir servicios con tarifas de descuento no mayores a las cantidades generalmente facturadas a pacientes con seguro comercial o pacientes de Medicare.
3. Pacientes sin seguros o con seguro insuficiente y cuyos ingresos familiares exceden 500% del FPG puede ser elegible para recibir tarifas con descuento caso-por-caso en función de sus circunstancias específicas, tales como enfermedades catastróficas o indigencia médica, a discreción del hospital. Las tarifas con descuento no pueden ser mayores que las cantidades generalmente facturadas a (recibir por el hospital para) pacientes asegurados comercialmente o medicare o para los pacientes considerados elegibles.

PROCEDIMIENTO:

Método por el cual los pacientes pueden solicitar atención benéfica

1. La necesidad financiera puede determinarse de acuerdo con los procedimientos que implican una evaluación individual de la necesidad financiera y pueden incluir, entre otros:
 - a. Un proceso de solicitud, en el que el paciente o el garante del paciente deben

cooperar y proporcionar personal, información financiera y de otro tipo y documentación relevante para determinar la necesidad financiera

- b. El uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que brindan información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante del paciente
 - c. Esfuerzos razonables por parte del hospital para explorar la fuente alternativa de pago adecuada y cobertura de programas de pago públicos y privados y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas
 - d. Teniendo en cuenta las evaluaciones disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente
 - e. Una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por servicios previos prestados y el historial de pagos del paciente
2. Es preferible, pero no obligatorio, que se produzca una solicitud de caridad y una determinación de necesidad financiera antes de la prestación de servicios médicamente necesarios no emergentes. Sin embargo, la determinación puede hacerse en cualquier punto del ciclo de recolección. La necesidad de asistencia financiera puede ser reevaluada en cada momento posterior de servicio si la evaluación financiera se complete más de seis meses antes o en cualquier momento se conoce información adicional relevante para la elegibilidad del paciente.

Elegibilidad Presunta de Asistencia Financiera

Hay casos en que un paciente puede parecer elegible para descuentos de atención de caridad, pero no hay un formulario de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo hay información adecuada proporcionada por el paciente o por otras fuentes, lo que proporcionaría evidencia suficiente para proporcionar al paciente la atención benéfica. En caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad del paciente para recibir la atención benéfica, el hospital podría usar agencias externas para determinar la estimación de los montos de ingresos para determinar la elegibilidad de atención benéfica y posibles montos de descuento. Una vez determinado debido a la naturaleza inherente de las presuntas circunstancias, el único descuento que se puede otorgar es un 100% cancelado del saldo de la cantidad. La elegibilidad presunta se puede determinar sobre la base de circunstancias de la vida individual que pueden incluir, entre otras:

1. Programas de prescripción financiados por el estado
2. Atención sin hogar o recibio cuidado médico de una clínica para personas sin hogar

3. Participación en el programa de mujeres, bebés y niños (WIC)
4. Elegibilidad para cupones de alimentos
5. Subsidiar la elegibilidad del programa de almuerzo escolar
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, reducción de gastos de Medicaid)
7. Bajos ingresos/viviendas subsidiadas se proporcionan como una dirección válida
8. Paciente falleció sin patrimonio conocido
9. Participantes del programa de Medicaid donde se niega la cobertura por confinamiento máximo o servicios no cubiertos
10. Quiebra declarada y confirmada dentro de los 12 meses anteriores a la prestación de servicios hospitalarios
11. Cualquier cuenta no asegurada devuelta por una agencia de cobranza como incobrable
12. Participación en el programa de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
13. Participación en el programa de seguro de salud infantil (CHIP)
14. Participación en el programa de almuerzo gratuito en la escuela respectiva de los niños
15. Participación en programa de atención médica para indigentes del condado
16. Servicios hospitalarios prestados sin historial de pagos
17. El paciente ha declarado que él/ella no tiene los recursos para pagar
18. El paciente recibió una solicitud de atención benéfica para indigentes pero no devolvió la solicitud o la documentación necesaria
19. La dirección en el archivo ya no es una dirección válida
20. Otros factores que son útiles en la formación de una expectativa de pago

Los pacientes que brindan información falsa o que no cooperan no serán elegibles para recibir atención benéfica o asistencia con descuento.

Comunicación del Program de Atención Benéfica a los Pacientes y Dentro de la Comunidad

La información sobre la atención benéfica es disponible en el hospital y se distribuirá por el hospital por medios veriosos, que pueden incluir pero no se limita a, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y mediante la publicación de avisos en la salas de emergencias, en el formulario de condiciones de admisión, en los departamentos de admisión y registro, y oficinas de servicios financieros para pacientes que se encuentran en los campus del hospital, y en otros lugares públicos como el hospital puede elegir. El hospital también puede proporcionar un resumen de esta política de atención benéfica en los sitios web de la instalaciones, en folletos disponibles sitios de acceso para pacientes internos y otros lugares dentro de la comunidad atendidos por el hospital, según el hospital lo elija. Tales avisos e información resumida se proporcionarán en los idiomas principales que habla la población atendida por el hospital. Cualquier miembro del personal del hospital o del personal médico puede recomendar a los pacientes para atención benéfica, incluidos médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. El paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente sujeto a las leyes de privacidad aplicables, puede hacer una solicitud de atención benéfica.

Basado en las puetas federales de pobreza emitidas 01/2020

-CLASIFICACIÓN FINANCIERAMENTE INDIGENTE

El ingreso anual familiar debe ser igual o menor que el siguiente:

	2020 NIVELES FEDERALES DE POBREZA 2020					
Tamaño del hogar	138%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$ 17,236	\$ 18,735	\$ 24,980	\$ 31,225	\$ 37,470	\$ 49,960
2	\$ 23,336	\$ 25,364	\$ 33,820	\$ 42,275	\$ 50,730	\$ 67,640
3	\$ 29,435	\$ 31,995	\$ 42,660	\$ 53,325	\$ 63,990	\$ 85,320
4	\$ 35,535	\$ 38,625	\$ 51,500	\$ 64,375	\$ 77,250	\$ 103,000
5	\$ 41,635	\$ 45,255	\$ 60,340	\$ 75,425	\$ 90,510	\$ 120,680
6	\$ 47,734	\$ 51,885	\$ 69,180	\$ 86,475	\$ 103,770	\$ 138,360
7	\$ 53,834	\$ 58,515	\$ 78,020	\$ 97,525	\$ 117,030	\$ 156,040
8	\$ 59,933	\$ 65,145	\$ 86,860	\$ 108,575	\$ 130,290	\$ 173,720

